

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 janvier 1895, à 1 heure

Par ANTONIN MORANGE

Né à Augerolles (Puy-de-Dôme), le 14 juillet 1869

DE LA PSITTACOSE

OU

Infection spéciale déterminée par des perruches

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { A. ROBIN, professeur.
CHAUFFARD, GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

112

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 janvier 1895, à 1 heure

Par ANTONIN MORANGE

Né à Augerolles (Puy-de-Dôme), le 14 juillet 1869

DE LA PSITTACOSE

OU

Infection spéciale déterminée par des perruches

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { A. ROBIN, professeur.
CHAUFFARD, GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale.	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Médecin à l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

DE LA PSITTACOSE

ou

Infection spéciale déterminée par des perruches

INTRODUCTION

Dans les premiers jours du mois de mars 1892, éclatèrent à Paris les premiers cas d'une affection qui présentait des allures extraordinaires et semblait se rattacher à une origine bizarre. Dès le début, l'émotion fut grande dans la population parisienne, d'autant plus que les premiers travaux parus sur cette affection s'accordaient à considérer cette épidémie comme une recrudescence de grippe infectieuse à forme pneumonique. C'est à cette conclusion qu'aboutirent, d'une part, le travail de M. Paul Gastou, publié dans le *Bulletin médical* du 30 mars 1892, et, d'autre part, le premier rapport de M. le Dr Dujardin-Beaumetz au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine le 1^{er} avril de la même année.

Cependant, dès cette époque, le professeur Peter reconnaissait que cette nouvelle affection se distinguait par ses

caractères cliniques de tous les états typhoïdes connus, et faisait à l'hôpital Necker une clinique publiée dans le *Bulletin médical* du 3 avril 1892, sur le « *typhus des perruches* » : typhus créé spontanément par des perruches soumises à des conditions générales malsaines, et se transmettant à l'homme en conservant ses caractères particuliers.

L'avenir devait justifier en partie les assertions du professeur Peter, et réserver une place spéciale dans le cadre nosologique à l'infection déterminée par les perruches.

Un an après cette première épidémie, une seconde épidémie, moins étendue, fit son apparition.

La description de ces nouveaux cas a été faite par M. le Dr Dubief, médecin inspecteur des épidémies; et un second rapport a été fourni, à ce sujet, à M. le Préfet de Police par M. le Dr Dujardin-Beaumetz, le 14 avril 1893.

Dans ce second rapport, M. le Dr Dujardin-Beaumetz revient sur sa première opinion et pense qu'il s'agit d'une infection spéciale, dont le facteur unique est une perruche malade; mais il ajoute que l'on ne pourra se prononcer définitivement à cet égard que lorsque les recherches bactériologiques entreprises à ce sujet seront terminées.

Actuellement, toutes ces recherches bactériologiques sont achevées. M. Nocard a trouvé et décrit une bactérie spéciale, dans la moelle osseuse de l'humérus d'une perruche morte infectée; mais cette bactérie n'a pas encore été retrouvée chez l'homme. De sorte que maintenant encore c'est la clinique seule qui doit nous guider. Et en

fait cette étude clinique est suffisante pour séparer l'infection causée par les perruches de tous les autres états typhoïdes, et pour classer cette infection comme entité morbide.

C'est ce que nous a démontré l'observation attentive de deux cas que nous avons eu la bonne fortune d'étudier dans le service de M. le Dr Rendu, à l'hôpital Necker. Ce sont ces deux cas qui nous ont décidé à faire de cette maladie le sujet de notre thèse inaugurale.

Cette infection, si spéciale dans son origine, a été appelée psittacose (de $\psi\iota\tau\tau\alpha\kappa\omicron\varsigma$, perroquet).

Arrivé à la fin de nos études médicales, nous considérons comme un devoir de remercier tous ceux qui nous ont encouragé, soutenu, et qui nous ont permis de profiter de leur science et de leur expérience.

Nous devons une reconnaissance toute particulière à notre maître, M. le Dr Rendu. Le temps que nous avons passé auprès de lui nous laisse les meilleurs souvenirs. Jamais nous n'oublierons ni ses savantes leçons, ni ses hautes qualités morales qui ont fait sur nous la plus profonde impression.

M. le Dr Rigal nous a fait profiter largement de sa vaste expérience, en nous prodiguant ses précieux conseils.

M. le Dr Marfan nous a initié aux difficultés de la clinique infantile.

M. le professeur Le Dentu nous a guidé dans l'étude de la clinique chirurgicale et nous a appris à discuter l'opportunité d'une intervention.

C'est dans le magnifique service de M. le professeur Pinard que nous avons étudié la science obstétricale.

Enfin nous devons un dernier hommage à la mémoire du professeur Ball qui a été notre premier maître dans les hôpitaux.

Que M. le professeur Potain veuille bien accepter tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

ÉTIOLOGIE

Cette maladie nouvelle importée par des perruches dans notre pays est éminemment contagieuse. Elle est transmissible de la perruche à l'homme, et de l'homme infecté à l'homme sain : c'est ce que démontre le récit de la première épidémie. Mais cette transmission directe n'exclut pas la possibilité d'une infection ou contagion indirecte, dont la cause nécessaire est le séjour dans un milieu rendu infectieux par la présence d'un contagé, d'un microbe émané, soit d'un malade, soit d'une perruche atteinte de la maladie : témoin le cas de ce concierge, qui, après avoir nettoyé la cage d'un oiseau ayant succombé, tombe malade lui-même quelques jours après.

De ces trois modes de contagion, les deux premiers sont de beaucoup les plus importants et demandent une étude plus détaillée et une démonstration plus rigoureuse.

Transmission directe de la perruche à l'homme.

Prouver cette transmission directe, c'est en réalité donner la preuve légitime de l'existence de la maladie que nous étudions ; aussi cette preuve doit-elle être aussi complète que possible.

Elle nous est fournie d'une façon indubitable par l'his-

toire des deux épidémies, celle de 1892 et celle de 1893. L'une et l'autre ont été le sujet de deux rapports présentés à M. le Préfet de Police par M. le Dr Dujardin-Beaumont.

Deux Français, Marion et Dubois, achetèrent à Buenos-Ayres cinq cents perruches, en décembre 1891.

Ils comptaient les importer en France et les vendre ; mais un grand nombre de ces oiseaux mourut pendant la traversée, et, lors de l'arrivée à Paris, le 3 février 1892, il ne restait plus que deux cents perruches environ. Ces oiseaux furent d'abord transportés chez un frère de Marion qui demeurait rue Dutot, n° 42 ; on les mit dans une cave ; mais comme la mortalité augmentait toujours, on les plaça alors dans un pavillon du voisinage appartenant à un sieur G..., tailleur, rue Regnier, n° 44. C'est là que se fit le partage, et chacun des associés eut quatre-vingt-quinze perruches pour son compte.

Marion laissa ses perruches rue Dutot, n° 42 ; Dubois emporta les siennes au n° 9 de la rue de la Roquette. Ainsi furent créés deux principaux foyers d'épidémie, d'où partirent des foyers secondaires.

Premier foyer principal : rue Dutot.

Marion tomba malade le 29 février, et fut soigné à l'hôpital Necker ; son frère fut pris de la même affection et mourut le 13 mars.

Le beau-père et la mère des Marion, à leur tour, devinrent très malades, et furent soignés à l'hôpital Cochin dans le service de M. Dujardin-Beaumont.

Un marchand de vins et sa femme, habitant le même immeuble, et ayant soigné et caressé les perruches, tombèrent malades également, de même que deux autres locataires.

A ce moment, les perruches furent transportées chez M. G..., rue Régnier, n° 44.

M. et M^{me} G... devinrent alors malades, ainsi que leur gendre.

On remit trois perruches à M. Alb..., rue Plumet, n° 7 : M. et M^{me} Alb... furent infectés.

Une dame Dec..., rue Plumet, n° 4, qui possédait aussi une perruche, tomba malade.

M. C ..., rue de Courcelles, n° 32, au Grand Montrouge, reçoit deux perruches de M. G... : il est pris le 3 mars d'accidents infectieux. Il donne une perruche à M^{me} Vib..., avenue de la République, n° 36, à Montrouge : cette dame meurt le 24 mars. Le concierge de cette maison et sa femme sont contagionnés.

De son côté, M. Alb..., demeurant rue Plumet, n° 7, remet une perruche à M. B..., demeurant rue Saint-Dominique, n° 65 : M^{me} B..., succomba le 29 mars, M. B... fut malade, mais guérit.

Enfin des perruches furent prises par M. et M^{me} Buj..., rue des Francs-Bourgeois, n° 48 : or, ces deux personnes tombèrent malades et moururent, l'une le 31 mars, et l'autre le 1^{er} avril.

Résumé. — Premier foyer principal : rue Dutot ; avec foyers secondaires : rue Régnier, rue Plumet, au grand Montrouge, au Gros-Caillou, et enfin dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville.

Pour ce premier foyer épidémique, on compte vingt-deux personnes atteintes, dont six morts.

Deuxième foyer principal : rue de la Roquette.

C'est rue de la Roquette, n° 9, que furent transportées les perruches de Dubois.

Dubois tomba malade le 2 mars, mais il guérit. Il loga successivement dans la famille Li..., et dans la famille Ch...

La famille Li... se composait de sept personnes; toutes tombèrent malades, et furent soignées à l'hôpital Saint-Antoine ; deux d'entre elles moururent.

M. Ch..., qui donna asile à Dubois fut atteint le 9 mars; il guérit.

La boutique du n° 9 de la rue de la Roquette était occupée par un marchand de vins, M. Ba..., qui eut de nombreux rapports avec Dubois et avec la famille Li... et Ch... Le 10 mars, il tombe malade, et meurt le 20 du même mois; sa femme prend la même maladie le 18 mars, et meurt le 25. Enfin une nièce qui les soignait meurt le 16 mars.

Une perruche est donnée à M. Vass..., rue de la Roquette, n° 8 : il est infecté le 8 mars, mais guérit.

Une autre perruche avait été remise à M. Bouss..., rue Eugène Sue, n° 4, à Montmartre :

M. Bouss..., sa femme et sa fille furent malades, Mme Bouss... mourut.

M. Va..., rue de la Roquette, n° 8, reçut également une perruche, fut infecté, mais guérit.

Les demoiselles Ga..., rue des Carmes, n° 10, achètent une perruche : l'une des demoiselles succombe à la Pitié, l'autre est soignée dans le service de M. le professeur Cornil à l'Hôtel-Dieu,

En dernier lieu, M. Mau..., rue Charles V, n° 23, en relation avec les Li..., est infecté et succombe le 29.

Résumé. — De la rue de la Roquette, n° 9, l'épidémie a gagné le n° 7, de la même rue, puis Montmartre, Charrenton, et enfin le quartier de la place Maubert.

Pour ce second foyer épidémique : vingt personnes atteintes, dont huit morts.

Il faut ajouter deux cas ne se rattachant pas à ces foyers : M. et Mme Car..., ayant acheté une perruche dont on ignore la provenance, tombent malades et meurent à l'hôpital Saint-Antoine.

En l'année 1893, une nouvelle épidémie fut observée rue de Vaugirard et rue Legendre.

Le 20 janvier 1893, les époux M..., rue de Vaugirard, n° 34, achetèrent à un marchand ambulant une perruche; cet oiseau était malade au moment de l'achat et mourait bientôt après. Les époux M..., tombèrent malades quelques jours plus tard, et le mari succomba. La domestique fut prise le 2 février, elle se rétablit.

Une couturière qui travaillait dans l'appartement mourut le 4 février.

Enfin le concierge de la maison succomba le 20 février. Au total : cinq malades, dont trois morts.

Au n° 79 de la rue Legendre, les époux B..., avaient

acheté dans le courant de janvier une perruche à un marchand ambulant; la perruche était malade et succombait quarante-huit heures après : M. et M^{me} B..., tombèrent malades, et moururent bientôt avec des phénomènes typhoïdes.

Au total : deux cas, deux morts.

Enfin en 1894, nous avons observé deux cas dont voici la filiation : M. et M^{me} V..., habitant rue Saint-Placide, achètent une perruche le 14 octobre; cet oiseau tombe malade le 29, et meurt le 6 novembre. M. V... est atteint le 7 novembre, sa belle-sœur habitant avec lui est également malade le 11 novembre : ils entrent tous deux à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rendu, le 20 novembre 1894.

Voici donc, relatées en détail, trois épidémies causées manifestement par des perruches malades. La contagion directe est indéniable; et, dans la majorité des cas, elle s'est faite d'une façon particulière.

Mode de contamination.

Pendant toute la maladie de la perruche, maladie qui dure huit, dix, douze, quinze jours, cet animal se tient en boule, les plumes hérissées, les ailes tombantes, il dort constamment et ne mange pas.

Or, il est noté dans de nombreuses observations que les perruches furent gavées de bouche à bec; et il est à remarquer que souvent dans ces cas le début s'est fait,

chez la personne infectée, par un œdème fugace limité à la face. Dans trois observations de ce genre, M. Dujardin-Beaumetz constata dans la bouche et dans la gorge de ses malades de véritables plaques diphthéroïdes.

Il est donc permis de supposer que, dans certains cas tout au moins, l'habitude de donner à manger à la perruche de bouche à bec, constitue le mode d'entrée de l'infection.

Mais ce contact n'est pas nécessaire, et le fait seul de toucher à l'oiseau malade est dangereux.

Dans les deux cas que nous avons observés, nous avons vu les deux modes de contact : le jeune homme donnait à manger de bouche à bec, il eut une forme grave ; la jeune fille se contentait de caresser l'animal malade, son état fut beaucoup moins sérieux que celui de son beau-frère.

Faut-il voir dans ces cas une relation entre le mode de transmission de la maladie et la gravité de cette même maladie ? Peut-être ; car dans toute infection il faut, pour résoudre tous les problèmes, considérer le terrain et l'agent infectieux ; ce dernier doit être étudié dans sa nature, dans sa virulence, dans la quantité inoculée. Or, il est possible que l'inoculation directe dans la bouche, par le contact du bec de la perruche, favorise le passage d'une plus grande quantité de germes infectieux, et que la transplantation immédiate en exalte la virulence.

Transmission directe d'homme à homme.

Ce mode de diffusion de la maladie est rare : dans les épidémies relatées plus haut, la majorité des cas de contagion reconnaît comme cause la transmission directe de l'agent contagieux de la perruche à l'homme. Cependant M. Dujardin-Beaumetz en cite quelques exemples : ainsi Mme S... a eu une perruche de Marion, et elle tombe malade : son mari n'a de contact avec aucune perruche, mais il contracte la maladie en soignant sa femme.

De même, le Dr D... qui a soigné les malades de la rue Dutot, n'a jamais touché aux perruches, et cependant il est atteint d'une infection assez grave qui met sa vie en danger.

M. Dujardin-Beaumetz cite encore trois autres exemples identiques de contagion d'homme à homme.

Examinons maintenant l'étiologie de la psittacose dans son ensemble. Nous voyons d'abord une grande épidémie au mois de mars 1892, première épidémie reconnaissant pour cause l'importation en France de perruches malades. Ensuite, trois petites épidémies de maison : en 1893, rue Legendre, et rue de Vaugirard ; en 1894, rue Saint-Placide. Dans ces trois dernières épidémies on n'a pas pu établir l'origine des perruches ; elles ont été achetées à des marchands ambulants ; et il résulte des renseignements recueillis par M. le Dr Dubief qu'il est à peu près impossible de trouver chez les marchands d'oiseaux des perruches malades. Dès qu'un de ces animaux semble périliter, le marchand s'en débarrasse précisément par le

moyen de ces marchands ambulants qui trouvent facilement à écouler une marchandise avariée dans les conditions où ils opèrent, et sans que jamais l'acquéreur puisse protester, puisque le vendeur lui est toujours inconnu.

Ces faits, d'une manière générale, prouvent que la psittacose présente actuellement chez nous le double caractère d'épidémicité et d'endémicité : psittacose épidémique à l'origine, en 1892; psittacose endémique en 1893, et actuellement encore fin 1894.

La psittacose rentre donc dans la loi générale des maladies infectieuses, s'installant par une épidémie bruyante dans un pays jusque-là indemne, et y restant à l'état endémique.

BACTÉRIOLOGIE

Dès l'apparition de cette maladie infectieuse nouvelle, en 1892, des études bactériologiques furent entreprises partout pour en élucider la nature. Se trouvant en présence d'une affection que l'on sentait devoir être isolée du cadre déjà connu, partout on rechercha le microbe spécifique.

Les premières recherches furent infructueuses, on ne trouva guère que les microbes surajoutés des infections secondaires. M. le professeur Nocard, seul, décrivit en 1893 une bactérie spéciale, qui paraît être le microbe spécifique de l'affection qui sévit chez les perruches; mais cette bactérie n'a pas été retrouvée chez l'homme.

Ce chapitre bactériologique ne peut donc être définitif. Mais il faut toutefois passer en revue les précédents travaux, car ils permettent déjà de faire une hypothèse très plausible et qui est la suivante : la psittacose, maladie microbienne spécifique, prépare le terrain à une infection secondaire causée par le pneumocoque.

Cette hypothèse s'appuie surtout sur les recherches bactériologiques de M. le Dr Netter, publiées par M. Gastou dans le *Bulletin Médical* du 30 mars 1892, et sur des recherches inédites dont M. le Dr Rendu a bien voulu nous donner les résultats.

M. Gastou rechercha le microbe spécifique dans les

excréments des perruches : il y trouva des bâtonnets allongés, et surtout des diplocoques. Ces diplocoques, inoculés à la souris, l'ont fait mourir en 48 heures d'une septicémie caractérisée par la présence dans le sang et dans les organes d'un petit bâtonnet grêle ayant tous les caractères de forme et de culture du bacille de la septicémie des souris.

Des ailes de perruches ensemencées dans des milieux multiples ont donné de longs bâtonnets, des bacilles grêles, quelques diplocoques sans caractères n'ayant en aucune façon les réactions de coloration au Gram des pneumocoques.

En résumé, dans toutes ces recherches, la présence du microbe spécifique est restée inaperçue; mais le fait suivant est à retenir : les cultures et les inoculations aux souris, faites par M. le Dr Netter avec le suc des poumons recueilli à l'autopsie des malades morts de psittacose, démontrèrent la présence du pneumocoque encapsulé de Talamon-Fraenckel et du pneumo-bacille de Friedlander.

Pendant que ces recherches s'accomplissaient dans les laboratoires de l'hôpital Saint-Antoine, M. Rendu, à l'hôpital Necker, faisait faire par son interne M. Triboulet des études analogues. Les recherches portèrent sur les crachats et sur le sang d'une femme de 46 ans, atteinte de psittacose, soignée dans le service de M. Rendu, et dont nous donnons plus loin l'observation *in-extenso*.

L'examen direct des crachats, les cultures faites avec ces mêmes crachats démontrèrent la présence des staphylocoques vulgaires et du pneumocoque.

L'examen du sang sur lamelles et en cultures resta négatif à tous points de vue.

D'autre part, avec le sang recueilli en pipettes stérilisées, on inocula deux souris blanches. Ces deux animaux moururent; dans une souris on trouva du coli-bacille, ce qui fut un résultat purement accidentel et sans valeur; chez l'autre, on trouva un bâtonnet de nature indéterminée? et des diplocoques non encapsulés ne rappelant guère le microcoque de Talamon.

Une dernière série de recherches fut entreprise : on inocula une souris avec des crachats de la malade du service de M. Rendu, et une autre souris avec les crachats d'un malade du service de M. Rigal. Ces deux souris moururent en 24 heures : chez la première on trouva du coli-bacille et du staphylocoque doré; chez la seconde, du pneumocoque pur.

De plus, au même moment, M. le professeur Peter enseignait que cette nouvelle maladie n'était qu'un typhus récurrent modifié par son passage sur des peruches. Il importait donc de rechercher la présence du spirochoete d'Obermeier. Les recherches dans le sang et dans l'urine restèrent négatives.

De toutes ces recherches, il résulte qu'en somme le seul microbe pathogène retrouvé fut le pneumocoque; et cependant le microbe spécifique de la psittacose existait, mais il ne fut découvert qu'un an après par M. le professeur Nocard.

Dans la séance du 24 mars 1893, du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Nocard communiqua le résultat de ses recherches

bactériologiques. Il n'avait pu se procurer, morte ou vivante, une des perruches malades, mais il avait usé d'un détour très ingénieux. Les deux Français, Dubois et Marion, qui rapportèrent de la République Argentine en France toute une cargaison de perruches infectieuses, conservèrent les ailes des oiseaux morts pendant la traversée. M. Nocard pensa que si les perruches avaient succombé à une maladie infectieuse, ces ailes en avaient peut-être conservé le germe : il ensemença des parcelles de moelle osseuse desséchée, prélevées purement dans le canal médullaire de plusieurs humérus intacts, dans divers milieux de culture, à l'air et dans le vide. Dès le lendemain, tous les milieux ensemencés avaient donné une culture abondante d'un microbe particulier, le même pour toutes les ailes mises en expérience; ces cultures étaient pures.

Voici textuellement la description que M. Nocard donne de ce microbe : c'est une bactérie, courte, assez épaisse, à extrémités arrondies, à la fois aérobie et anaérobie, extrêmement mobile; cette bactérie se développe rapidement sur la plupart des milieux, solides ou liquides, utilisés en microbiologie, pourvu que la réaction du milieu soit neutre ou légèrement alcaline; elle ne prend pas la couleur de Gram, elle ne liquéfie pas la gélatine, ne fait pas fermenter la lactose, ne coagule pas le lait.

Elle est pathogène, non-seulement pour la perruche, mais encore pour le pigeon, la poule, la souris, le lapin, le cobaye, etc. Inoculés dans la trachée, dans le péritoine, ou dans les veines, tous ces animaux meurent en moins de 48 heures avec des lésions intenses de septicémie

hémorrhagique; tous les parenchymes sont congestionnés et l'on y retrouve aisément la bactérie spécifique; elle existe aussi dans le sang, mais en très petite quantité; néanmoins tous lesensemencements de sang sont fertiles.

Inoculée sous la peau ou dans les muscles, ou mêlée aux aliments, la bactérie produit des effets moins constants ou moins rapides : parfois encore la mort survient en deux ou trois jours; le plus souvent les animaux survivent huit, dix, douze, quinze jours, puis ils meurent très amaigris, avec de la diarrhée profuse; parfois enfin, mais rarement, ils résistent et se rétablissent lentement. Les lésions provoquées sont toujours celles d'une septicémie hémorrhagique intense, et tous les viscères renferment la même bactérie.

M. Nocard institua de plus l'expérience suivante : il déposa une dizaine d'ailes sèches au fond de la cage d'une perruche saine. Cette perruche devint triste, somnolente; le dix-neuvième jour de l'expérience, la bête, en boule, plumes hérissées, ailes tombantes, dormit constamment, elle eut un peu de diarrhée; le vingtième jour, on la trouva morte. L'autopsie montra des lésions identiques à celles observées chez les animaux inoculés : congestion hémorrhagique généralisée : foie, rate et reins hypertrophiés et ramollis, renfermant à l'état de pureté la bactérie déjà décrite.

En résumé, voici donc l'état actuel de la question : d'une part, la présence, dans le corps des perruches, d'une bactérie nettement différenciée, produisant par inoculation chez d'autres animaux une septicémie hémorrhagique; d'autre part, présence fréquente du pneumo-

coque dans le suc pulmonaire des malades morts de psittacose (Netter, 1892), et dans les crachats des malades pendant l'évolution de cette affection (Rendu, 1892).

Peut-on subordonner ces deux faits? Nous verrons que l'étude clinique de la psittacose est susceptible de se résumer par cette phrase : infection profonde de l'économie, pneumonie terminale.

Aidé de cette notion, nous pourrions terminer ce chapitre de bactériologie en disant :

1° Infection primitive de l'économie par la bactérie de M. Nocard;

2° Infection secondaire fréquente par le pneumocoque.

SYMPTOMES

La symptomatologie de la psittacose est vague et incertaine.

Il est impossible d'en tracer le dessin et de le délimiter d'une façon nette de celui des états typhoïdes voisins; ses contours se fondent, s'estompent; et tel symptôme que l'on rencontre dans la fièvre typhoïde, par exemple, se rencontre également dans l'infection déterminée par les perruches, identique dans les deux maladies.

Et cependant si tel ou tel symptôme est commun aux deux affections, de l'ensemble même de la symptomatologie se dégage un cachet particulier qui justifie la création de la psittacose comme entité morbide.

Ce n'est pas la première fois du reste que l'on tente de détacher du syndrome clinique, désigné sous le nom d'état typhoïde, une affection spéciale. Est-il nécessaire de rappeler les discussions qui eurent lieu sur l'identité ou la non-identité du typhus exanthématique et de la fièvre typhoïde ?

Stokes, Magnus Huss, Lindwurm, etc., ne voulaient voir dans le typhus fever et dans la fièvre typhoïde que des manières d'être différentes d'une seule et même pyrexie; entre ces deux formes, ils admettaient des cas intermédiaires se rapprochant plus ou moins des types

primitifs, se fondant, se combinant les uns avec les autres, de telle sorte qu'il devenait impossible de leur trouver des caractères franchement dessinés.

D'autre part, Murchison, Trousseau, combattirent cette opinion; et, à l'heure actuelle, typhus et fièvre typhoïde sont deux affections différentes dans leur cause, dans leur nature et dans leur symptomatologie.

La bactériologie seule pourra peut-être un jour tracer des limites précises entre ces différents états typhoïdes; mais à l'heure actuelle, elle en est complètement impuissante, et, par un curieux phénomène, on voit actuellement l'étude bactériologique de la dothiëntérie traverser une crise absolument identique à celle que traversa l'étude étiologique et pathogénique de cette affection avec Murchison et Budd, de 1862 à 1873. En effet, certains bactériologistes avec MM. Rodet et Roux de Lyon font de la fièvre typhoïde une maladie spontanée naissant de germes que nous portons en nous, du *bacterium coli commune*, qui, saprophyte silencieux dans les conditions ordinaires, devient virulent par suite de grandes infractions à l'hygiène. N'est-ce pas l'ancienne théorie de Murchison rajeunie? Il est vrai de dire que d'autres bactériologistes, soutenus par la haute compétence de M. Chantemesse, affirment la spécificité du bacille d'Eberth, et rendent ainsi de nouveau victorieuse la théorie défendue par Budd sur la contagion de la fièvre typhoïde.

Cet exemple montre qu'il ne faut pas encore demander à la bactériologie la délimitation de notre sujet, et que l'étude clinique peut seule nous guider.

Incubation. — Il est difficile de fixer la durée de l'in-

cubation de la psittacose. Dans toutes les observations, on note que les victimes de la contagion ont soigné leurs perruches malades pendant toute la durée de l'infection de ces dernières. Quand a eu lieu la transmission de l'agent infectieux? A quel moment de son évolution, l'infection de la perruche est-elle transmissible à l'homme?

Certes, on ne peut répondre à ces questions d'une façon précise; cependant il existe, rapportée par M. Dubief, une observation qui a la valeur d'une expérience de laboratoire : M. B..., concierge d'une maison, où cinq cas de psittacose furent observés, nettoya, le 26 janvier 1893, la cage où était morte la perruche infectée, et conserva quelques heures avec lui le cadavre de l'animal avant de le jeter. Il n'avait donc été en contact avec l'agent infectant que pendant quelques heures, le 26 janvier; or, ce n'est que le 4 février qu'il tomba malade. Dans ce cas typique, l'incubation fut nettement de dix jours.

Cette durée d'incubation peut-elle être prise comme type? Est-elle applicable à toutes les observations que nous avons recueillies? Dans tous les cas que nous avons pu observer, voici comment les faits se sont succédés : la perruche fut achetée le 14 octobre, tomba malade le 29, et mourut le 6 novembre, c'est-à-dire après neuf jours de maladie; le jeune homme qui lui donnait à manger devint malade le 7 novembre; une jeune fille qui caressait souvent cette perruche tomba malade le 11 du même mois. Dans ces cas, on ne peut déterminer d'une façon précise le moment où eut lieu la contagion; mais la durée d'incubation de dix jours est parfaitement possible. Dans quatre autres observations de M. Dubief, on voit 7, 9, 8,

9 jours entre la mort de la perruche et les premiers phénomènes indiquant le début de l'infection chez les personnes ayant subi le contact. On peut donc, en somme, dire que la durée de l'incubation oscille entre 7 jours, minimum observé, et 10 jours.

Début. — Dans les cas les plus typiques, le mode de début est très particulier. Beaucoup de personnes ont l'habitude de donner à manger à leur perruche de bouche à bec; dans ces cas, le premier symptôme est un accident local, variable, il est vrai, depuis la production d'un simple œdème fugace jusqu'à l'apparition d'une stomatite diphtéroïde intense. Un exemple pris dans le mémoire de M. Dubief vient à l'appui de ces assertions :

Mme M..., 48 ans, acheta une perruche qui mourut le 25 janvier 1893. Le 31 janvier, Mme M... s'aperçut que la partie inférieure de sa figure était légèrement enflée au pourtour de la bouche, elle crut à un coup d'air. Cette enflure disparut deux jours après, mais en même temps se développait une courbature généralisée : bref, l'infection se manifestait.

M. Dujardin-Beaumetz cite en outre un cas où ces accidents furent beaucoup plus graves : M. H..., entra le 5 mars 1893 à Cochin pour une stomatite diphtéroïde; ce n'était cependant pas de la diphtérie, car l'interne du service, M. Sottas, constata l'absence du bacille de Klebs et Loeffler, et y trouva en revanche des pneumocoques et des streptocoques; quelque temps après son entrée, M. H... présenta les symptômes d'une pneumonie infectieuse droite dont il guérit.

Enfin, dans l'observation inédite que M. Rendu a eu

l'obligeance de nous donner, on voit notés les faits suivants : une femme de 46 ans achète une perruche apportée d'Amérique et mise en dépôt rue Dutot (probablement une perruche de Marion). Cet oiseau, très jeune, ne savait pas encore manger seul, la malade lui donnait la becquée et l'oiseau prenait du bec dans sa bouche. Environ huit jours après l'achat de la perruche (deux jours avant sa mort), la malade s'aperçut qu'elle avait sur la pointe de la langue de petits boutons rouges et douloureux ; peu de jours après, elle eut une angine et un endolorissement de la région sous-maxillaire, elle éprouva en même temps une grande lassitude, une courbature intense, qui la forcèrent à entrer à l'hôpital Necker le 4 avril 1892.

En résumé, voici trois exemples de début par accidents locaux : enflure légère, angine, et stomatite diphtéroïde.

Mais, dans nombre d'observations, ces accidents locaux passent inaperçus ou n'existent pas. Dans ces derniers cas, il est plus difficile d'indiquer le début de la psittacose : ce début n'est pas brusque, l'infection semble au contraire s'installer sourdement par des phénomènes assez insignifiants, simulant les prodromes de la fièvre typhoïde ou une attaque d'influenza d'intensité moyenne.

Le caractère dominant du début de la maladie paraît résider surtout dans l'abattement et la prostration extrêmes où les malades sont plongés. Dans les deux cas que nous avons pu observer, voici quel fut le mode de début : Le nommé V..., 27 ans, entra à l'hôpital Necker, le 20 novembre 1894 ; il était malade depuis 10 jours, en

proie à une céphalée intense, anéanti, brisé, incapable de faire le moindre effort. Sa belle-sœur, entrée également le 20 novembre, était malade depuis le 11 ; ce dimanche, 11 novembre, la malade fut prise d'un grand abattement, elle éprouva quelques nausées ; le lendemain, elle essaya de se lever, mais fut prise de vertiges. Ce jour-là apparut une céphalée intense, si vive, dit la malade, que, quand elle voulait changer sa tête de côté sur l'oreiller, elle éprouvait des douleurs tellement horribles qu'elle ne pouvait retenir des cris. Ce symptôme prédominant persista jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital Necker, le 20 novembre.

En résumé, si les phénomènes locaux manquent, le début s'annonce uniquement par les symptômes : abattement, prostration, céphalée atroce, symptômes qui s'installent d'une façon graduelle. Ces premiers accidents, peu intenses au début, semblent plutôt appartenir à une indisposition légère qu'à une maladie véritable. Puis un jour la lassitude extrême, la céphalalgie très pénible, forcent le malade à s'aliter ; la vue se trouble, les oreilles tintent, l'appétit se perd, la bouche est sèche. La diarrhée, qui chez quelques-uns a marqué le début des accidents, n'a pas été observée chez d'autres ; d'autres, au contraire, ont eu de la constipation.

Cet état persiste, en s'aggravant peu à peu, durant cinq, six ou sept jours ; c'est alors que le tableau symptomatique présenté par le malade est le plus nettement dessiné. Il serait superflu de faire ici, en détail, la description de ce tableau qui par bien des points rappelle celui de la dothiéntérie à la période d'état ; il est plus

utile d'indiquer les différences qui, à cette période, séparent les deux infections.

L'aspect général du malade est bien celui d'un typhique, la stupeur étant en effet la note dominante. Le malade est plongé dans une demi-somnolence, sans souffrances vives. Le délire est de règle, il nous a paru avoir un caractère un peu spécial et se rapprocher de ce qu'on a décrit sous le nom de typhomanie ; c'est un délire tranquille : le malade assez calme marmotte d'une façon continue, mais répond parfois d'une manière lucide aux questions qui lui sont posées. Dans les observations que nous avons pu lire, on ne note que rarement une agitation extrême : dans un cas cependant M. Dujardin-Beaumetz observa un délire furieux qui poussa le malade au suicide.

Dans la dothiëntérie, Griesinger a pu dire que la fièvre dominait la situation, et Liebermeister ajoutait qu'elle donnait la mesure du pronostic et du traitement : ces deux aphorismes sont également vrais dans la psittacose, de même qu'on ne peut en contester l'exactitude dans de nombreuses infections.

Mais existe-t-il quelques particularités dans l'évolution du mouvement fébrile de la psittacose ? Dans la fièvre typhoïde, le professeur Jaccoud a pu distinguer trois stades successifs correspondant aux périodes de progrès, d'état et de déclin ; ce sont les trois stades des oscillations ascendantes, stationnaires et descendantes. Sans pouvoir affirmer qu'il n'en est pas ainsi dans l'infection que nous étudions, nous croyons que l'invasion fébrile se fait plus franchement ; c'est ainsi que dans un cas observé par nous, où le début de l'affection peut être fixé

au 11 novembre 1894, la malade a le lendemain soir, 12 novembre, 39°,8 de température axillaire. On pouvait donc déjà éloigner l'hypothèse d'une fièvre typhoïde, en se rappelant la première loi de Wunderlich : toute maladie dans laquelle la température atteint 40° le soir du deuxième jour n'est pas une fièvre typhoïde.

Pendant la période d'état, la température reste élevée avec de faibles rémissions matinales.

Enfin, lorsque la convalescence se prépare, la chute de la température se fait en deux ou trois jours ; les maxima baissent en même temps que les minima ; et même, dans les observations que nous avons sous les yeux, les écarts entre les températures du matin et celles du soir deviennent de plus en plus faibles, à mesure que la guérison s'affirme.

Il y a donc à remarquer l'absence du stade des grandes oscillations, qui annoncent le déclin de la fièvre typhoïde.

Le pouls, pendant toute l'évolution de la psittacose, est fréquent : 120 pulsations dans un cas, 110 dans un autre ; aucun caractère particulier n'est à noter.

L'urine présente un certain nombre de modifications que l'on retrouve dans les pyrexies graves, urine peu abondante, dense, d'une couleur comparable à celle du bouillon de bœuf ; enfin elle contient dans la majorité des cas des traces d'albumine.

Troubles digestifs. — L'appétit, diminué dès le début, se supprime complètement dès que la fièvre apparaît, et fait défaut jusqu'au moment où la défervescence commence.

Dans tous les cas relatés, l'anorexie est absolue et dure pendant toute l'évolution fébrile.

La langue est collante, visqueuse, recouverte d'un enduit épais, très blanche au centre; elle est large, étalée, et rappelle plus la langue de la grippe que la langue typhique. En aucun cas nous n'avons vu la langue fendillée, rôtie, fuligineuse, ni les lèvres revêtues d'un enduit croûteux, noirâtre. Les sécrétions buccales sont donc moins altérées que dans la dothiéntérie.

Troubles gastro-intestinaux. — Dans un cas seulement on a observé des troubles gastriques, il s'agissait de la malade entrée le 20 novembre 1894 dans le service de M. Rendu; et encore ces troubles gastriques furent-ils très passagers, ils existèrent seulement au début de l'affection et consistèrent en nausées et quelques vomissements.

Les symptômes intestinaux sont variables; et si M. Dubief constata le plus souvent l'existence d'une diarrhée qu'il considéra comme un phénomène vulgaire de toute maladie infectieuse, en revanche tous les malades soignés à l'hôpital Necker dans le service de M. Rendu présentèrent une constipation opiniâtre qui ne céda qu'aux lavements glycélinés.

Tuméfaction de la rate. — Ce symptôme commun à la plupart des maladies infectieuses doit être constant dans la psittacose : nous l'avons toujours observé.

Troubles respiratoires. — Ces troubles sont très importants dans la psittacose et préparent merveilleusement le terrain pour l'évolution ultérieure d'une pneumonie. Ce fait fut en partie cause de l'erreur qui s'accrédita

en 1892, lors de la première épidémie, et qui consista dans la confusion de la psittacose et de la pneumonie infectieuse. Actuellement il est possible de faire la part des deux affections.

Dès le début, l'attention est éveillée dans tous les cas par des accès d'une toux qui devient rapidement quinteuse. A l'auscultation, on perçoit dans toute l'étendue des deux poumons, des râles sous-crépitaux fins, indiquant qu'il existe déjà un certain degré d'hyperhémie bronchique, souvent même une bronchite franchement inflammatoire.

Les choses peuvent en rester là : c'est le cas de notre premier malade (Obs. I). Mais souvent les phénomènes s'aggravent; à cette simple bronchite s'ajoutent des désordres broncho-pulmonaires. Outre la toux quinteuse, on observe alors des phénomènes subjectifs plus accusés, à localisations déterminées, nous voulons parler des douleurs thoraciques, des points de côté. Notre second malade nous fournit un exemple de cette forme. C'est une jeune fille de vingt ans, qui tombe malade le 11 novembre 1894; le 13 novembre elle accuse un point de côté gauche, le médecin qui la soigne trouve des râles fins et pense à une congestion pulmonaire; le lendemain ces accidents disparaissent. Le 20 novembre, nouveau point de côté, mais à droite; là encore on constate la présence de râles sous-crépitaux fins de congestion pulmonaire; ces phénomènes durent deux jours, puis disparaissent.

Tels sont les seuls symptômes subjectifs ou objectifs observés chez cette malade. Aucune expectoration,

aucune modification, soit des vibrations thoraciques, soit des signes normaux fournis par la percussion.

En résumé, on n'a vu dans ces deux cas que des signes d'une inflammation bronchique simple, ou d'une inflammation bronchique compliquée d'hyperhémie broncho-pulmonaire. Donc bronchite simple, ou bronchite accompagnée d'une légère congestion pulmonaire : telles sont les seules manifestations pulmonaires qui relèvent directement de l'infection causée par une perruche malade.

Mais rarement cette infection reste seule ; une infection secondaire se développe, dont la symptomatologie masque dès lors le syndrome clinique de l'infection primitive. Nous retrouverons cette question lorsque nous étudierons les complications de la psittacose.

Etat de la peau ; éruptions. — De même que dans la plupart des pyrexies, la peau du malade est chaude, sèche. En général, il n'existe aucune éruption spéciale : cependant dans un cas nous avons observé l'apparition de petites élevures rougeâtres qui firent un moment osciller le diagnostic (Obs. I). Ce fut au quinzième jour de la maladie qu'apparut cette éruption sur les côtés de l'abdomen, sur la paroi antérieure des aisselles, sur la face externe des bras et des avant-bras, et aux membres inférieurs. Cette éruption était composée de taches isolées, légèrement élevées, disparaissant à la pression le jour de leur apparition ; plus tard ces taches devinrent pétéchiales ; elles persistèrent quatre jours, et disparurent. Cette éruption rappelait en somme l'éruption du typhus exanthématique ; et, n'eussent été les symptômes concomitants, le diagnostic eut erré. Mais il faut dire

que ce cas est unique; et dans les autres observations que nous avons pu recueillir, aucun phénomène analogue n'est relaté.

Pronostic. — Marche. — Durée. — Terminaison. —
Malgré la gravité des épidémies relatées,

En 1892 : 42 cas, 14 morts,

En 1893 : 7 cas, 5 morts,

on peut dire que la psittacose, *lorsqu'il ne se surajoute pas une infection secondaire, doit guérir.*

Et de ceci nous donnons pour preuve les sept cas observés en 1893 par M. Dubief, et les deux cas observés en 1894 dans le service de M. Rendu.

Dans l'épidémie de 1893 : 7 cas, 5 morts; or, en lisant ces observations, on voit que la cause de la mort est toujours due à l'évolution d'une pneumonie.

Au contraire, dans les deux cas de guérison, aucun symptôme pneumonique n'est venu se surajouter à l'infection primitive. Il en est de même pour les deux observations que nous avons suivies : dans un cas, infection très grave; dans l'autre, il est vrai, infection plus légère; mais guérison dans ces deux cas, qui évoluèrent sans complication pneumonique.

Donc, dans les cas de psittacose pure, le pronostic est relativement bénin, la guérison doit survenir.

Mais la convalescence ne s'établit que difficilement après une affection qui a profondément anémié le malade. Pendant une durée de vingt jours en effet, quelquefois plus, le malade a vécu aux dépens de sa propre substance; et puisqu'on peut assez exactement évaluer la mesure de la dénutrition par la diminution totale du poids du corps à

la fin de la fièvre, nous concluons en disant que notre premier malade (Obs. I) pesait au début de son affection 68 kilogrammes, et qu'à sa sortie de l'hôpital son poids était tombé à 57 kilogrammes, soit une perte de 11 kilogrammes.

Complication. — La seule complication qu'il faille craindre dans l'évolution de la psittacose consiste dans l'apparition d'une infection secondaire, d'une pneumonie.

Cette complication est très fréquente, ainsi qu'il résulte des relations des épidémies de 1892 et de 1893; c'est cette complication seule qui a amené la mortalité considérable de ces deux épidémies.

Mais de ce qu'une pneumonie se déclare, faut-il pour cela même porter un pronostic fatal? Évidemment non, car tous les degrés de gravité peuvent exister. Dans le cas que M. Rendu a observé en 1892 (Obs. III), voici quelle est la succession des phénomènes constatés : la malade, 46 ans, fut atteinte vers le 13 mars; du 27 mars au 4 avril, elle fut en proie à une courbature intense avec anorexie, céphalalgie et fièvre; mais elle ne présenta alors aucune manifestation bien localisée, toussant peu, sans expectoration. Le 4 avril, l'examen de la poitrine fit constater une submatité légère à la base droite, et à l'auscultation on trouva des râles sibilants disséminés dans toute la poitrine et quelques râles sous-crépitaux fins de congestion à la base droite.

Le lendemain, expectoration de quelques crachats muqueux, un peu visqueux, et adhérents; à l'auscultation, on trouva du souffle à la base droite, et quelques râles fins.

De plus l'examen bactériologique des crachats fit constater la présence de pneumocoques.

Dans ce cas, la greffe pneumonique était donc effectuée; et cependant, après trois jours de traitement, amélioration remarquable, et le 9 avril la malade fit sa défervescence complète et entra en convalescence.

Voici donc un exemple de psittacose avec pneumonie secondaire, et cependant terminée par guérison; d'autres exemples peuvent être trouvés, entr'autres les cas de Marion et d'une malade du professeur Peter (*in Bulletin Médical*, 1892, page 714).

Mais ces exemples sont rares; et le plus souvent, lorsque l'infection pneumococcique a lieu, les phénomènes se précipitent et la mort survient. Il est facile de se convaincre de ce fait par la lecture du rapport de M. Dubief :

M. M... (62 ans), tombe malade le 2 février; primitivement simple psittacose, courbature, toux légère, prostration; dans la nuit du 8 au 9, grand frisson qui dure de deux heures et demie à trois heures. Le 9, le médecin constate un peu de matité dans la moitié inférieure du poulmon gauche, des râles crépitants fins. Le soir de ce jour, M. M... succombe.

Mme G... (55 ans), tombe malade le 1^{er} février; début par fièvre, courbature, céphalalgie, etc. Au bout de quatre jours, il se produit brusquement une double congestion pulmonaire qui l'emporte en 24 heures.

M. B... (61 ans), tombe malade le 4 février; le 20 février il est en convalescence de sa première infection, quand brusquement, sans cause apparente, une pneumonie se déclare avec frisson intense, point de côté

et crachats rouillés, et l'emporte en deux jours et demi.

Même infection primitive, même pneumonie secondaire, même terminaison, chez les deux malades du n° 79 de la rue Legendre.

Ces cas résument en quelques mots les caractères pathognomoniques de la psittacose : abattement, prostration extrême, et au bout d'un temps plus ou moins long de cet état typhoïde, apparition très fréquente d'une pneumonie avec ou sans frisson initial, pneumonie qui entraîne en général la mort du malade.

DIAGNOSTIC

Ainsi que nous l'avons vu dans la symptomatologie, la psittacose se différencie par des nuances de la fièvre typhoïde; c'est avec cette dernière affection que l'on peut la confondre le plus aisément. Sans faire un parallèle complet entre les deux affections, ce qui nous exposerait à des redites inutiles, il faut cependant insister sur quelques détails.

Nous ne reviendrons ni sur le mode de début différent dans les deux cas, ni sur la courbe de la température que nous avons déjà étudiée.

Nous voulons surtout insister sur l'absence des phénomènes abdominaux, qui se produit souvent dans la psittacose. Le ventre est peu ballonné, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de diarrhée. Ces symptômes négatifs sont évidemment très importants, mais ne suffisent pas pour faire rejeter le diagnostic de dothièmentérie. On sait en effet que, dans cette affection, la diarrhée peut manquer, et Murchison estime qu'elle fait défaut dans un cinquième des cas environ, proportion qui paraît excessive.

Le plus souvent, au début de la fièvre typhoïde, il y a une constipation modérée; puis, spontanément ou sous l'influence d'un purgatif, la diarrhée survient tout-à-coup et souvent avec une assez grande intensité dès le prin-

cipe, puis persiste avec ses caractères définitifs. Ce n'est pas ce qu'on observe dans la psittacose : dans cette affection, le plus souvent les troubles intestinaux n'existent pas, comme dans les cas que nous avons observés, ou, lorsque ces troubles existent, ils consistent uniquement en une diarrhée modérée qui s'établit dès le début.

Un second caractère qui différencie la psittacose de la fièvre typhoïde consiste dans l'apparition, dès le début de la psittacose, de phénomènes thoraciques. La toux est fréquente, quinteuse ; souvent des points de côté existent et engagent à ausculter le malade : on entend alors, et cela dès le deuxième jour, des sibilances généralisées aux deux poumons. Ces faits se rencontrent rarement dans les premiers jours d'une dothiéntérie ; et cependant, suivant le génie de telle ou telle épidémie, on les a plus ou moins observés : c'est ainsi que l'on trouve quelques cas, dans les *Leçons de clinique médicale* de M. Rendu (tome I, page 44), où les premiers diagnostics avaient été : soit broncho-pneumonie, soit grippe, et ces erreurs durèrent jusqu'à l'apparition de l'exanthème typhique.

Donc ces deux caractères de la psittacose : 1° Absence ou faible intensité des phénomènes abdominaux ; 2° déterminations locales thoraciques dès le début, ne suffisent pas à eux seuls à affirmer le diagnostic.

Cependant, lorsqu'ils seront réunis lorsque la courbe de la température sera élevée d'emblée et descendra brusquement sans stade de grandes oscillations, lorsque les taches rosées lenticulaires feront défaut (symptôme négatif d'une grande importance), alors il faudra rejeter

l'hypothèse de dothièmentérie, et rechercher si d'autres affections ne cadrent pas d'une façon plus complète avec les symptômes observés.

La grippe offre de nombreux points de contact avec la psittacose : c'est une maladie générale comme elle, infectieuse comme elle, et elle s'annonce par des symptômes presque identiques. Dès le début, la céphalée est excessive, la courbature est généralisée; mais, dans la grippe, le catarrhe oculo-nasal est un des symptômes les plus constants, comme au début de la rougeole, tandis qu'il fait le plus souvent défaut dans la psittacose. Dans la grippe, les déterminations trachéales sont la règle et s'accompagnent de quintes de toux incessantes, sans expectoration notable; l'auscultation est muette ou peu s'en faut (1). Dans la psittacose, la toux est souvent fréquente également, mais dès le début les poumons sont encombrés de sibilances.

Enfin la marche de la maladie est différente dans les deux affections : dans la grippe, le plus souvent, l'évolution est rapide, la guérison survient en peu de jours sous l'influence du traitement; dans la psittacose, la durée de l'évolution est plus longue, la convalescence s'établit plus lentement et elle est plus pénible.

On voit en somme que le diagnostic peut se faire entre la psittacose d'une part et la grippe d'autre part.

Il faut toutefois que cette grippe évolue d'une façon régulière pour ne pas prêter à confusion; lorsque, en effet, à cette grippe viendront s'ajouter quelques compli-

1. Rendu, *loco citato*.

cations broncho-pneumoniques, le diagnostic deviendra presque impossible. Dans ce dernier cas, l'étude attentive des différents symptômes ne suffira plus; il faudra remonter à la cause première, et le diagnostic ne se fera que par des recherches étiologiques approfondies.

Certaines pneumonies congestives, dans lesquelles les signes physiques sont très mal accusés ou ne deviennent manifestes que tardivement, peuvent en imposer pour une psittacose. Dans ces pneumonies, les signes ordinaires de l'affection n'apparaissent qu'après une période prodromique pendant laquelle on constate de la prostration, de la tuméfaction de la rate et des troubles intestinaux; de plus, l'existence d'un point de côté, la fréquence de la respiration, la nature de l'expectoration, amènent à pratiquer un examen attentif de la poitrine, et à faire ainsi découvrir des modifications parfois très faibles : faiblesse de la respiration, ou quelques râles sous-crépitaux. Il est certain que dans ces cas le diagnostic est extrêmement difficile; mais, plus tard, une poussée d'herpès peut venir confirmer le diagnostic de pneumonie.

Le diagnostic entre le typhus pétéchial et la psittacose doit être rarement un sujet de sérieuse difficulté. Et cependant, dans un cas que nous avons observé dans le service de M. Rendu, on pensa pendant quelques jours au typhus (Obs. I). Il s'agissait de cet homme qui présenta au quinzième jour de sa maladie cette éruption pétéchiale que nous avons décrite à la symptomatologie; mais c'est là un cas anormal. Le typhus avec son début brusque, sa fièvre avec faibles rémissions, son éruption caractéristique qui survient au cinquième ou sixième jour, sa défervescence

rapide, ne rappelle que bien imparfaitement le tableau de la psittacose. Si à cela on joint la turgescence et la rougeur sombre de la face, l'injection des conjonctives, on voit qu'en vérité le diagnostic du typhus est facile.

Peut-on confondre la psittacose et le typhus récurrent? Nous ne le croyons pas. Le typhus récurrent (*relapsing fever* des auteurs anglais) est une affection nettement différenciée, bien connue dans ses causes et dans sa symptomatologie. Cette maladie est inconnue dans notre pays; elle existe seulement en Russie, en Pologne, dans l'Allemagne du Nord, en Grande Bretagne, et surtout en Irlande, son foyer de prédilection. La fièvre récurrente débute brusquement par fièvre et frissons; la langue reste humide, l'épigastre est sensible, les vomissements et l'ictère sont fréquents, le foie et la rate sont augmentés de volume, il y a de la constipation; outre ces symptômes, on note des douleurs dans les membres, de l'insomnie, quelquefois du délire. Ces symptômes persistent pendant 5, 6 jours, puis brusquement disparaissent par crise (transpiration, diurèse). Pendant quelques jours, apyrexie complète; puis au quatorzième jour, rechute brusque, qui reproduit le tableau de la première atteinte. Cette rechute est courte, tout cesse vers le troisième jour. Il y a parfois deux ou trois rechutes.

Outre cette symptomatologie si particulière, qui par elle seule ferait faire le diagnostic, on est encore aidé par la connaissance de l'agent microbien, cause de cette affection. Le typhus à rechute est causé par le spirochète qu'Obermeier découvrit en 1873, spirochète que l'on peut retrouver par un examen du sang au cours de l'accès.

Nous n'aurions certes pas insisté avec tant de détails sur le diagnostic différentiel entre la psittacose et le typhus récurrent, si le professeur Peter, dans une clinique faite à l'hôpital Necker en 1892, n'avait tenté d'identifier les deux maladies. Il reconnaissait cependant que la symptomatologie observée chez les malades infectés par des perruches ne concordait pas avec celle que présentent les typhiques vrais. Le professeur Peter concluait en disant : si la maladie actuelle offre des caractères particuliers et ne reproduit pas exactement l'aspect typique du typhus récurrent, c'est que sa genèse provient d'un organisme (la perruche) différent du nôtre, et, en se transmettant à l'homme, elle conserve ses caractères particuliers : c'est un typhus de perruche.

Sans nous arrêter plus longtemps à faire ressortir les différences cliniques des deux affections, qu'il nous suffise de dire que, en 1892, M. le Dr Rendu fit rechercher, dans le sang du malade qu'il soignait, le spirochète d'Obermeier, et que tous les examens furent négatifs (Obs. III). Ceci tranche définitivement la question ; la psittacose et le typhus récurrent sont donc deux maladies distinctes, dont le diagnostic est au surplus facile à faire.

Il résulte de ce qui précède, qu'en somme le diagnostic de la psittacose peut être fait, en se basant uniquement sur les allures cliniques de la maladie.

Mais, dans certaines circonstances, ce diagnostic peut être rendu difficile par la coexistence d'une autre affection épidémique. C'est ce qui s'est passé lors de la première épidémie de psittacose, en 1892, où tous les cas

observés furent pris pour des cas de grippe avec complication de broncho-pneumonie infectieuse; et ce n'est que rétrospectivement, lorsque les allures cliniques de l'affection furent mieux connues, que l'année suivante M. Dujardin-Beaumetz revint sur sa première opinion et pensa à une infection spéciale d'origine aviaire.

Dans ces cas, il faut étudier avec soin la constitution médicale de l'affection épidémique déjà existante et rechercher si les symptômes fournis par le malade s'y rapportent exactement. Si on se trouve en présence d'un cas anormal dont la symptomatologie ne rappelle que de loin les états typhoïdes connus, en tenant compte de leurs modalités différentes dans les diverses saisons et dans les diverses épidémies, il faudra toujours songer à une infection possible par une perruche malade. C'est donc en dernier ressort à une étude étiologique rigoureuse que l'on devra demander le diagnostic exact.

TRAITEMENT

La prophylaxie de la psittacose est facile à instituer. Il résulte des renseignements recueillis par M. Dubief qu'il est à peu près impossible de trouver, chez les marchands d'oiseaux, des perruches malades : dès qu'un de ces animaux semble péricliter, le marchand s'en débarrasse par le moyen des marchands ambulants, qui trouvent très facilement à écouler une marchandise avariée dans les conditions particulières où ils opèrent, et sans que jamais l'acheteur puisse protester, puisque toujours le vendeur lui est inconnu (1).

La seule sanction pratique aux faits énoncés ci-dessus serait donc l'interdiction absolue de la vente des perruches par les marchands ambulants.

De plus, il importe de recommander aux personnes possédant des perruches, de ne jamais donner à manger à ces oiseaux de bouche à bec, de façon à éviter ainsi un mode de contagion que nous avons vu être très fréquent et qui favorise une infection plus profonde.

Lorsque l'infection sera effectuée, il faudra lutter contre elle ; et ici nous retrouvons les principales indications

1. Dr H. Dubief. Rapport à M. le Préfet de police, 23 mars 1893.

thérapeutiques qui régissent les traitements des maladies infectieuses :

- 1° Diminuer l'infection ;
- 2° Diminuer l'intoxication ;
- 3° Mettre le malade en mesure de supporter l'infection et l'intoxication.

Ces trois indications sont remplies par une médication qui n'est autre que la méthode de Brand. On sait, en effet, que le bain froid a de nombreuses actions :

- 1° Il active la phagocytose ;
- 2° Il augmente la tension vasculaire, il est ainsi diurétique ;
- 3° Il abaisse la température, stimule le système nerveux, régularise l'activité cellulaire.

Enfin, pendant toute l'évolution de la psittacose, il faudra craindre l'apparition d'une infection secondaire pneumococcique. Or, d'après les travaux de M. le Dr Netter, on sait que la pneumonie, comme la broncho-pneumonie, sont dues, soit à une auto-infection, soit à une hétéro-infection.

Contre l'auto-infection, il faut imposer l'antisepsie buccale.

On évite l'hétéro-infection en isolant les malades, en fuyant le contact des broncho-pneumoniques ou des pneumoniques.

Si, malgré ce traitement prophylactique, il survient une complication pneumonique ou broncho-pneumonique, il ne faut pas perdre espoir ; il faut au contraire redoubler d'activité dans la lutte, et, pour cela, deux armes sont à notre disposition : le bain froid et le drap mouillé.

La valeur comparée de ces deux méthodes et leurs indications dans le traitement de la pneumonie ont fait le sujet d'une clinique de notre maître M. Rendu, clinique publiée dans le *Journal des praticiens* du 4 août 1894.

CONCLUSIONS

I. — La psittacose constitue une entité morbide définie, une dans sa nature, une dans ses causes, et toujours comparable à elle-même.

II. — Elle sévit d'une façon épidémique (1892), mais peut se rencontrer actuellement à l'état endémique (1893, novembre 1894).

III. — La bactériologie de la psittacose est mal connue. Il est probable cependant que c'est une infection primitive par une bactérie spéciale trouvée par M. le professeur Nocard dans la moelle d'un humérus de perruche.

L'infection secondaire par le pneumocoque est fréquente.

IV. — L'étude clinique de la maladie peut se résumer ainsi : infection profonde de l'économie, caractérisée par un abattement, une prostration intenses ; pneumonie terminale.

V. — Le diagnostic peut se faire : en présence d'un état typhoïde mal caractérisé, ne cadrant pas exactement avec les autres états typhoïdes connus, il faudra toujours rechercher si le malade n'a pas été en contact avec une perruche malade. Cette dernière constatation entraîne le diagnostic.

VI. — La prophylaxie de la psittacose est facile à obtenir : interdiction de la vente des perruches par les mar-

chands ambulants, le plus souvent inconnus, par conséquent non responsables.

VII. — Traitement prophylactique contre l'infection pneumonique important, par l'antisepsie buccale et par l'isolement des malades.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

Inédite, recueillie dans le service de M. le Dr Rendu (hôpital Necker).

Le nommé V..., 27 ans, employé, entre à l'hôpital le 20 novembre 1894; salle Bouley, lit n° 26.

Il est malade depuis huit jours : céphalée très violente, accompagnée d'une lassitude très grande; point de côté, oppression considérable; puis apparition de plusieurs épistaxis. Digestions difficiles, appétit considérablement diminué; constipation très grande. Pas de vomissements.

Le malade arrive à l'hôpital le 20 novembre.

20 novembre. — Température : 39°,8. État typhoïde très marqué. Pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Ventre peu douloureux; constipation opiniâtre.

Langue sèche et recouverte d'un enduit saburral abondant.

Pas de taches rosées. Pouls : 100 pulsations par minute.

Urines albumineuses.

Le malade est pris par instants d'une quinte de toux.

L'auscultation des deux poumons permet de constater, en arrière, la présence de petits râles fins disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

Le malade répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Abattement complet.

Malgré l'état pulmonaire, on prescrit un bain à 22° toutes les trois heures.

Température du soir : 39°,6.

21 novembre. — Température du matin : 38°,9.

Langue toujours sèche ; constipation.

Pouls : 120.

Délire continu.

L'auscultation du poumon indique que les râles sont devenus plus gros et plus humides.

Le soir, on donne au malade un lavement glycéринé qui lui fait évacuer une grande quantité de matières fécales.

Température du soir : 39°,8.

22 novembre. — Température du matin : 38°,6. Pouls : 110.

Les râles ont disparu à la partie supérieure des deux poumons, mais persistent encore aux deux bases.

Le délire persiste toujours avec la même intensité.

Langue toujours sèche.

Le malade ne va à la garde-robe que sous l'influence des lavements.

On ne constate pas l'existence de taches rosées.

La quantité d'urine rendue par le malade est difficile à apprécier, puisqu'il urine dans le bain.

Traitement. — On continue les bains à 22°, toutes les trois heures. Pour réconforter le malade, on lui donne du thé et du café. Une injection de strychnine au 1/1000 chaque matin.

Température du soir 39°,4.

23 novembre. — Température du matin, 39°,2. Pouls : 120.

Le délire persiste.

Pas de taches rosées.

L'état d'abattement est moins accentué qu'au début.

Le malade répond mieux aux questions qu'on lui pose.

Température du soir : 39°,4.

24 novembre. — Température du matin : 38°,6. Pouls : 110.

Le délire est un peu moins marqué.

Apparition, au niveau des épinés iliaques et des avant-bras, d'un piqueté formé de petits points rouges légèrement acuminés.

Température du soir : 38°,8.

25 novembre. — Température du matin : 38°,4. Pouls : 110.

Persistance du piqueté rougeâtre signalé aux bras et au ventre.

Pas de taches rosées.

Apparition de petites élevures rougeâtres semblant indiquer le début d'une furonculose.

La constipation persiste.

Température du soir : 38°,4.

26 novembre. — Température du matin : 37°,6.

Le malade est agité pendant la nuit, il ne cesse de parler et de marmotter des mots incompréhensibles. Pendant le jour, il paraît toujours aussi abattu; mais quand on le tire de sa torpeur en lui posant une question, ses réponses sont très claires.

La langue est toujours sèche.

Température du soir : 38°,6.

27 novembre. — Température du matin : 37°, 6. Pouls
100.

Même état.

Pas de taches rosées.

Le piqueté rougeâtre conserve les mêmes caractères.

Le malade ne va à la selle qu'à force de lavements.

Il existe maintenant nettement des furoncles à la
région lombaire.

Température du soir : 38°,6.

28 novembre. — Température du matin : 37°,4. Pouls
92.

Le piqueté rougeâtre est moins net.

Le délire diminue.

Il n'y a plus de râles dans la poitrine.

Température du soir : 37°,2.

Le dernier bain est donné à 6 heures du soir.

29 novembre. — Température du matin : 36°,4.

Le délire a complètement disparu. Le malade a entièrement repris sa connaissance : il répond maintenant très clairement aux questions qu'on lui pose.

La langue n'est plus aussi sèche.

Le malade se sent bien mieux.

Température du soir : 36°,6.

30 novembre. — Température du matin : 36°,5. Pouls :
86 pulsations.

Le malade demande à manger : on lui donne un œuf.

Température du soir : 36°,5.

1^{er} décembre. — Température du matin : 37°.

La langue est humide.

Plus de râles dans la poitrine.

Le malade prend une noix de côtelette.

3 décembre: — Le malade se lève et n'est nullement fatigué.

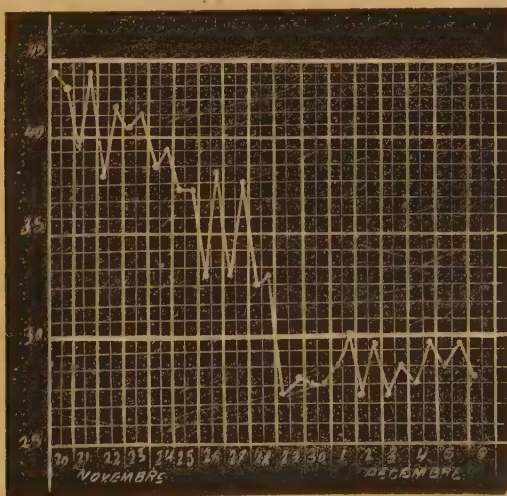
Il s'alimente bien.

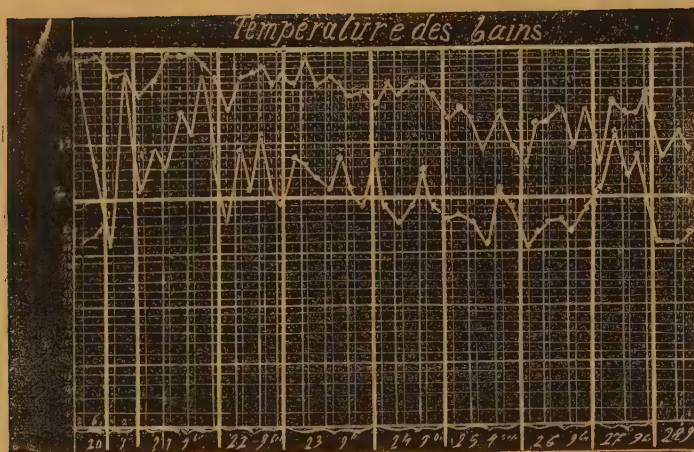
A partir de ce moment, la convalescence s'affirme de plus en plus.

10 décembre: — Le malade sort de l'hôpital, entièrement guéri, mais avec une perte de poids de 11 kilogrammes : il ne pèse plus en effet que 57 kilogrammes, alors qu'avant sa maladie son poids était de 68 kilogrammes.

Résumé. — Etat typhoïde très grave, prédominance de troubles broncho-pulmonaires; absence de symptômes intestinaux et de taches rosées. Apparition au treizième jour d'une éruption mal définie, maculeuse, à la racine des membres.

Traitement par les bains froids.





OBSERVATION II (inédite).

Recueillie dans le service de M. le Dr Rendu (hôpital Necker).

La nommée Louise D..., 20 ans, couturière, entre à l'hôpital le 20 novembre 1894, salle Lasègue, lit n. 25.

Le dimanche 11 novembre 1894, la malade est prise d'un grand abattement; elle a des nausées, et le soir ayant pris une tasse de bouillon, elle vomit immédiatement et se couche. La nuit est agitée.

Le 12 novembre. — La malade essaye de se lever, mais elle a des vertiges et se voit contrainte de se remettre au lit. Dès ce jour, elle est prise d'une céphalée intense, si vive, dit-elle, que quand elle veut changer sa tête de côté sur l'oreiller, elle éprouve des douleurs atroces qui lui font jeter des cris. En même temps, elle accuse une photophobie intense. Température prise par le médecin : 39°,8.

Le 13 novembre. — La céphalée persiste avec un peu de délire. Ce jour-là pour la première fois, la malade accuse un point de côté gauche qui la gêne pour respirer. Le médecin qui l'ausculte trouve à gauche des râles de congestion pulmonaire ; un cataplasme sinapisé est appliqué sur la région douloureuse ; le lendemain le point de côté a disparu.

La céphalée persiste toujours aussi vive, elle siège sur le sommet de la tête et à la région occipitale, elle est augmentée au moindre mouvement. L'application de compresses d'eau froide procure quelque soulagement.

Du 13 au 20 novembre, la malade ne se plaint que de cette céphalée intense qui l'empêche de dormir la nuit. Il lui est impossible de se lever sans éprouver des vertiges. Anorexie absolue ; constipation opiniâtre.

20 novembre. — La malade entre à l'hôpital.

La céphalée a disparu ; la malade se sent moins abattue. Cependant la température atteint encore 38°,2.

La langue est saburrale, mais ni rôtie ni fendillée.

L'anorexie est absolue.

Il existe une constipation opiniâtre.

La percussion de la rate montre qu'elle est légèrement hypertrophiée.

L'examen attentif de l'abdomen ne permet d'y constater aucune tache rosée lenticulaire.

Pas d'albumine dans l'urine.

Cœur normal.

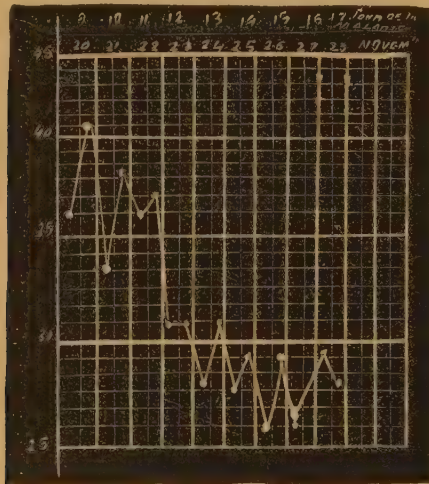
A l'auscultation des poumons, on constate en arrière et à droite des râles sous-crépitaux fins de congestion pulmonaire.

28 novembre. — La malade se sent rétablie; elle se lève dans la journée.

Elle est toujours soumise au régime lacté absolu.

A partir du 28 novembre, la convalescence s'établit progressivement; l'alimentation est reprise peu à peu, et on arrive assez rapidement à donner une alimentation complète.

10 décembre. — La malade, complètement rétablie, quitte l'hôpital.



OBSERVATIONS III et IV

Inédites. Dues à l'obligeance de M. le Dr Rendu.

Pauline G..., 46 ans, culottière.

Entrée le 4 avril 1892, salle Delpech, lit n° 13.

Cette femme entre pour une affection thoracique aiguë

dominée, à l'arrivée, par un ensemble de symptômes généraux graves, un état d'adynamie prononcé.

Femme de moyenne constitution, maigre, mais jouissant d'ordinaire d'une assez bonne santé. A eu cependant l'hiver, à plusieurs reprises, autrefois, des bronchites assez tenaces durant deux ou trois mois, l'obligeant parfois à prendre le lit ; mais pendant la plus grande partie de l'année, elle se portait bien, fournissant un travail considérable.

Il y a 14 ans, elle a eu une pneumonie.

D'autre part, à intervalles irréguliers, épistaxis fréquentes, mais en somme légères.

Bien portante depuis trois ans, elle tomba malade il y a trois semaines environ, vers le 13 ou le 14 mars ; et le début des accidents coïncida avec les circonstances suivantes : ayant acheté une des perruches importées récemment d'Amérique et mises en dépôt rue Dutot, l'oiseau lui fut apporté par un intermédiaire. Cette personne n'était pas et n'est pas devenue malade depuis lors ; d'autre part la malade n'a pas fréquenté ces temps-ci des gens atteints de pneumonie, elle n'a pas eu de relations avec d'autres personnes pouvant avoir elles-mêmes une perruche malade.

Quant à l'oiseau acheté par notre femme, il devint aussitôt malade et mourut au bout de 10 jours ; le symptôme principal de l'affection était l'existence d'une diarrhée sanguinolente. Cet oiseau, très jeune, ne sachant pas encore manger seul, la malade lui donnait la becquée et l'oiseau prenait du bec dans sa bouche.

Environ huit jours après l'achat de la perruche (deux

jours avant sa mort), la malade s'aperçut qu'elle avait sur la pointe de la langue de petits boutons rouges et douloureux; peu de jours après, elle eut une angine et un endolorissement de la région sous-maxillaire; elle éprouvait en même temps une grande lassitude. Elle continuait néanmoins son travail, quand le samedi 26, ayant fait une livraison, elle fut prise par la pluie et trempée; le dimanche elle sentit son état de malaise s'aggraver, et le lundi elle ne put se lever.

Cependant la perruche était morte, et quelques jours plus tard un serin qui vivait dans la même cage mourut.

D'autre part, parmi les gens qui entouraient la malade, personne ne fut pris alors.

Quant à notre malade elle-même, en proie, pendant la semaine du 27 mars au 4 avril, à une courbature intense, avec anorexie, céphalalgie légère et fièvre, elle ne présenta aucune manifestation bien localisée : toussant peu, n'expectorant pas, n'ayant ni diarrhée ni vomissement; seules se montrèrent des épistaxis quotidiennes; et une métrorrhagie, d'ailleurs antérieure à la maladie actuelle, s'accrut.

Le lundi 4 avril, elle entre à l'hôpital.

4 avril. — A son entrée, cette malade se présente pâle, amaigrie, avec les yeux excavés, les narines pincées, se plaignant d'un état d'anéantissement sans localisation spéciale; elle tousse très peu, ne crache pas. L'examen de la poitrine fait constater une submatité légère à la base droite, et à l'auscultation on trouve des râles sibilants disséminés dans toute la poitrine, et quelques râles de congestion, sous-crépitaux fins à la base droite.

5 avril. — A la visite du matin, les choses ont changé d'allure, l'affection paraît se localiser d'une façon plus précise au thorax; la malade tousse un peu, elle expectore deux ou trois crachats muqueux, un peu visqueux et adhérents. A la percussion, la submatité de la base est plus franche; à l'auscultation, on trouve un peu de souffle en bas à droite, et quelques râles fins.

De plus, sous la clavicule droite, on trouve un peu de submatité qui n'existe pas à gauche, et là encore la respiration est légèrement soufflante.

D'autre part, température : 39°,2, pouls 110, même état général, prostration, adynamie; ni délire, ni céphalalgie gravative cependant; langue sèche et chargée d'un enduit desséché, épais, très adhérent.

Il y a aussi un peu de gingivite, pas d'angine. Pas de vomissement, ni diarrhée ni constipation. La palpation du ventre est douloureuse à gauche dans la région splénique; la rate est augmentée de volume et donne à la percussion une matité de 10 centimètres sur 6 centimètres. L'urine est légèrement albumineuse, elle est rare et foncée.

En présence de cet état de choses, le traitement suivant est institué : potion cordiale avec 3 grammes d'acétate d'ammoniaque, trois ventouses scarifiées à la base droite, enveloppement dans le drap mouillé.

6 avril. — Amélioration sensible, abattement moindre. Localement, le souffle a disparu, mais à sa place persistent et augmentent des râles fins. Température : 38°,8. Pouls : 96°. Respiration : 36°.

7 avril. — Amélioration remarquable ; sédation marquée après un deuxième enveloppement dans le drap mouillé. Il y a cependant eu une légère épistaxis dans la journée, la métrorrhagie persiste encore.

Localement, amendement notable : plus de souffle, quelques râles fins en haut et en arrière, gros râles disséminés à la base. En même temps, l'expectoration est devenue très abondante, la malade a rempli tout un crachoir de crachats spumeux, un peu adhérents, mais non teints. Il y a empatement de la bouche ; la langue, bien qu'humide, est chargée d'un enduit épais.

Il n'y a plus d'albumine dans l'urine.

8 avril. — Le tableau clinique est le même, avec un peu d'amélioration.

9 avril. — La malade fait sa défervescence complète : Température : 36°,5. Elle se sent bien, quoiqu'éminemment faible. La métrorrhagie a cessé, la rate n'est plus douloureuse, l'expectoration est simplement muqueuse et un peu moindre. Dès lors commence la convalescence.

En résumé : affection durant près d'un mois (14 mars-9 avril), à début assez mal caractérisé par symptômes généraux de plus en plus sérieux, se terminant au bout de trois semaines par une localisation pulmonaire à défervescence franche, affection dont le début a été contemporain du contact avec une perruche malade mourant au bout de huit jours, contact qui d'autre part paraît avoir entraîné la mort d'un serin vivant dans la même cage.

Voilà d'une part les faits cliniques ; nous devons y ajouter l'observation suivante du mari de notre malade, observation dont M. Potier, interne de M. le Dr Rigal, nous remet le résumé.

8 avril. — Cet homme éprouve un malaise depuis huit jours, il dort mal, ne mange plus, mais continue cependant ses occupations. Enfin il y a deux jours, il est contraint de s'arrêter, le 7 avril il s'alite, et le 8 avril il entre à l'hôpital.

A son entrée : état de courbature généralisée, prostration, anorexie, langue chargée ; toux légère, expectoration modérée ; les crachats sont spumeux, un peu visqueux, mais non sanglants. A la percussion, sonorité normale ; à l'auscultation, foyer de râles sous-crépittants fins à la partie moyenne du poumon gauche, pas de souffle, pas de bronchophonie. D'autre part, urines rares rouges, non albumineuses. Ni vomissements, ni diarrhée ; pas d'épistaxis. Température : 39°,8.

9 avril. — La température descend au-dessous de 39°, il y a amélioration des signes thoraciques ; mais l'état d'abattement persiste.

10 avril. — Les choses se maintiennent à peu près de même.

11 avril. — Déferescence à 37°, détente générale ; les signes en foyer ont disparu, mais la poitrine est remplie de râles sibilants et ronflants ; l'expectoration est abondante, muqueuse.

Depuis, la convalescence se maintient, la température oscille autour de 37°. Il y a encore de la faiblesse, un

peu d'anorexie; mais l'amélioration est rapide, et le 20 avril le malade sort de l'hôpital guéri.

Diverses recherches bactériologiques furent entreprises dans l'ordre suivant :

A. — Examen direct des crachats de la femme ;

A'. — Cultures avec ces crachats ;

B. — L'urine recueillie aseptiquement fut mise à l'étuve.

C. — On recueillit du sang de la malade, aseptiquement au moyen d'une ventouse scarifiée après stérilisation préalable de la ventouse et du scarificateur.

Avec ce sang, on fit avec le fil de platine :

C'. — Des cultures directes en bouillon.

C''. — On en recueillit en pipettes stérilisées.

A. — L'examen direct des crachats sur lamelles fit trouver, au milieu de microbes vulgaires (staphylocoques divers), du pneumocoque.

A'. — Les cultures en bouillon, puis sur gélose, donnèrent du staphylocoque blanc et des colonies disséminées bien nettes de pneumocoque.

B. — L'urine, mise à l'étuve, au point de vue de la recherche du spirochète d'Obermeier, ne donna aucun résultat en ce genre.

C. — Le sang, examiné sur lamelles, au point de vue de la recherche des mêmes spirilles, ne fit rien constater de spécial.

C'. — L'ensemencement en bouillon, puis sur gélose, resta négatif à tous points de vue.

C". — D'autre part, avec le sang recueilli en pipettes stérilisées, on inocula deux souris blanches A et B.

Souris A. — Inoculée le 6 avril à cinq heures du soir, morte le 7 avril à 4 heures du soir.

A l'autopsie, rien de spécial à la vue.

1° Une culture faite avec le sang de la pulpe splénique resta stérile (ensemencement, bouillon, puis gélose).

D'autres cultures faites sur bouillon et sur gélose :

2° avec la sérosité péritonéale,

3° avec le sang du cœur,

ont donné des cultures proliférantes de colibacille.

C'est là en somme un résultat purement accidentel et sans valeur.

Souris B. — Inoculée le même soir, 6 avril, dans les mêmes conditions, morte le 8 avril au matin.

Les cultures avec la sérosité péritonéale, puis avec la rate, restèrent stériles.

Le sang du cœur cultivé en bouillon; reportée sur gélose, la culture se développa peu abondamment et donna lieu à la formation de colonies de bâtonnets de nature indéterminée, en d'autres points quelques diplocoques non encapsulés ne rappelant guère le microcoque de Talamon.

De tout ceci, il ne reste à retenir que la mort des deux animaux inoculés, sans qu'on puisse rien affirmer quant à la nature précise de l'agent pathogène.

Le 11 avril. — Une troisième série de recherches fut faite par M. Jean Hallé qui inocula deux souris D et E : l'une, D, avec les crachats de notre malade; l'autre, E,

avec les crachats du mari (salle Bouley, n. 23). Ces deux souris moururent en 24 heures.

Souris D. — On ensemença sur gélose :

1° Le sang du cœur : résultat négatif;

2° La sérosité péritonéale, qui donna du colibacille et un staphylocoque doré;

3° Le sang de la rate, qui donna du colibacille et un saprophyte qui envahit toute la culture.

Souris E. — Trois cultures sur gélose, avec :

Sang du cœur,

Sérosité péritonéale,

Sang de la rate,

donnèrent trois cultures positives de pneumocoque pur.

En résumé : les crachats de la femme renfermaient-ils encore du pneumocoque? La souris mourut, et on ne retrouva pas du pneumocoque dans son sang.

Les crachats du mari renfermaient du pneumocoque en pleine virulence.

Concomitamment à ces recherches :

1° On surveilla pendant trois semaines le deuxième serin survivant qui avait vécu pendant dix jours avec la perruche suspecte;

2° Un oiseau sain fut placé pendant le même temps dans la cage où étaient morts la perruche et le premier serin.

Or, le deuxième serin et l'oiseau sain n'éprouvèrent en trois semaines rien d'anormal.

D'autre part, on se procura deux perruches de même

provenance que la première. De ces deux oiseaux, l'un mourut au bout de 12 jours ; l'autre continue à bien se porter.

A l'autopsie de cette perruche, on fit :

a. — Examen du sang sur lamelles, par double coloration à l'éosine et au bleu de méthylène avec méthode de Gram : résultat négatif.

b. — Cultures du sang, en bouillon et sur gélose : résultat négatif.

c. — Desensemencements du mucus bronchique alvéolaire donnèrent, au milieu de colonies abondantes d'un bacille court, indéterminé, des cultures non douteuses de pneumocoque, bien qu'en aucun point ces diplocoques ne se montrassent entourés d'une capsule claire bien manifeste.

d. — Un pigeon, inoculé (veine axillaire) avec une macération du parenchyme pulmonaire en bouillon stérilisé, fut observé pendant quatre jours ; ce pigeon s'échappa au cinquième jour ; il n'avait présenté rien de spécial jusque-là.

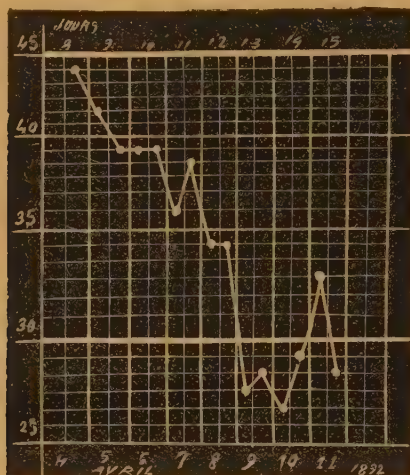
En résumé : présence incontestable du pneumocoque dans les alvéoles du poumon d'une perruche provenant du même lot que la première.

Il résulte de recherches collatérales faites par M. Netter sur les crachats de la femme de la salle Deipech :

1° Qu'il n'y avait plus de pneumocoque dans les crachats lors de son examen (8 avril) ;

2° Que par contre il se trouvait, dans les cultures, des acilles courts avec tendance à la disposition en chaî-

nette, aspect qui reproduirait celui des cultures observées à plusieurs reprises au cours de diverses grippes.



OBSERVATIONS V, VI, VII, VIII, IX, X et XI

Recueillies dans le rapport adressé à M. le Préfet de police, par
M. le D^r Dubief (23 mars 1893).

Deux foyers épidémiques ont été signalés à la Préfecture de police, le premier, rue de Vaugirard, 31; le second, rue Legendre, 79.

A. — *Rue de Vaugirard, 31.*

Cinq malades	} 3 morts. 2 guéris.

Le n° 31 de la rue de Vaugirard est occupé par une pension de famille tenue par les époux M...

Ceux-ci, qui aiment beaucoup les animaux, ont acheté le 20 janvier 1893 une perruche dans la rue à un marchand ambulant, qu'ils ne connaissaient nullement et qui n'a pu être retrouvé par conséquent.

Au dire d'une personne de la famille, au moment de l'achat de l'oiseau, celui-ci était déjà malade, et on avait mis son aspect maladif sur le compte du changement de nourriture et du dépaysement ; toujours est-il que le 25 janvier, l'oiseau mourait. Au dire des témoins oculaires, l'animal était triste, languissant, refusant toute nourriture ; ses plumes étaient hérissées, ses ailes pendantes, et la veille de sa mort, il fut pris d'une abondante diarrhée. Après sa mort, la putréfaction se manifesta très rapidement, et le cadavre, ainsi que la cage où il se trouvait, exhalèrent très vite une odeur repoussante. L'oiseau fut jeté à la boîte aux ordures par le concierge de la maison, qui fût en même temps chargé du nettoyage de la cage.

I. — Mme M... (48 ans), tombe malade la première, le 31 janvier. Le matin de ce jour, elle s'aperçoit que la partie inférieure de sa figure était légèrement enflée, au pourtour de la bouche, elle crut à un coup d'air.

Cette enflure disparut deux jours après, mais en même temps il se développait une courbature généralisée, de la céphalalgie, un peu de larmolement et une toux légèrement quinteuse ; son médecin fut appelé et il pensa à une légère atteinte de grippe. Son état ne fit cependant que s'aggraver ; la lassitude, l'abattement étaient extrêmes, la fièvre apparaissait et la maladie prenait insensiblement une allure typhoïde. Le 8 février, elle eut un frisson d'in-

tensité moyenne, et le médecin put constater une congestion pulmonaire intense, avec un point pneumonique (râles crépitants fins, souffle très prononcé).

Il n'y avait aucun point de côté, pas de crachats rouillés, dyspnée modérée : il y avait une agitation extrême, du délire; mais, malgré tout, la fièvre était modérée, et la température peu élevée; la langue était sèche, rôtie, fuligineuse.

Les jours suivants, l'état local s'est amélioré, le souffle disparut, mais malgré l'absence de phénomènes locaux, l'état général resta mauvais. Lorsque je vis moi-même la malade le 18 février, elle était dans un abattement extrême, tout à fait prostrée, atteinte d'une stupeur comparable à celle de la période d'état de la fièvre typhoïde; bien que jouissant de sa pleine connaissance, elle répond difficilement aux questions, le moindre effort lui est pénible et elle vous supplie de la laisser tranquille. A ce moment, l'auscultation de la poitrine ne révélait que des signes peu importants, quelques râles sous-crépitaux et une respiration un peu rude : cependant la défervescence ne s'était pas montrée, car la température prise en ma présence était encore de 39°. Finalement, ces phénomènes s'atténuèrent peu à peu et Mme M.... entra en convalescence; elle est aujourd'hui complètement remise. Mme M.... avait l'habitude d'embrasser sa perruche à tout instant et lui donnait à manger de bouche à bec.

II. — M. M.... (62 ans) tombe malade le 2 février.

C'était un homme vigoureux, sobre, et qui n'avait jamais été malade : comme pour sa femme la maladie a débuté par des symptômes simulant la grippe, courba-

ture, toux légère, mais également prostration croissant chaque jour. Jusqu'au 8 février, il ne s'était pas alité, bien que l'état de malaise augmentât sensiblement. Dans la nuit du 8 au 9 février, il est pris d'un grand frisson qui dure de deux heures et demie à trois heures.

Le 9 au matin, le médecin constate un peu de matité dans la moitié inférieure du poumon gauche, des râles crépitants fins. Malgré l'abattement très prononcé, l'état général était assez bon et la maladie ne semblait que modérément grave. Le soir de ce jour M. M... succombait.

III. Mme Louise G.... (55 ans), était couturière et travaillait en journées chez les époux M...

Elle tombe malade le 1 février dans la journée : elle retourne à son domicile (62, rue de Vaugirard) et fait demander son médecin.

Celui-ci constata également chez elle les phénomènes d'une atteinte grippale d'intensité moyenne. Début par fièvre modérée, courbature, céphalalgie, un peu de toux quinteuse, râles muqueux abondants, sans point de côté, sans crachats rouillés. Au bout de quatre jours de ces phénomènes peu caractérisés, il se produit brusquement une double congestion pulmonaire qui l'emporte en vingt-quatre heures.

IV. — Marguerite B.... était bonne à tout faire chez les époux M....

Elle tombe malade le 2 février et est obligée de quitter son service; elle se rend chez une de ses parentes, 41, rue Blomet, où elle a été soignée. Cette dernière malade

n'a pas eu de pneumonie; elle a seulement présenté comme tous les autres des phénomènes de courbature, d'affaiblissement général, qui l'ont mis pendant quelques jours dans une situation critique, mais elle a pu se rétablir et dans la dernière semaine du mois de février elle était en convalescence.

V. — M. B... (61 ans), concierge de la maison, avait nettoyé la cage de l'oiseau; il avait en outre conservé quelque temps avec lui le cadavre de l'animal avant de le jeter.

Il tombe malade le 4 février : la maladie débute chez lui par une série de frissons répétés, courbature générale, fièvre modérée, sans point de côté. Son état alla empirant pendant une dizaine de jours; l'abattement était extrême et la prostration complète. Vers le 15 février, il y eut une légère amélioration et le malade put prendre un peu de lait avec plaisir : cependant sa faiblesse était très grande et, à ma visite du 18 février, c'est à peine s'il avait la force de proférer quelques paroles. A ce moment, je fus frappé de l'état d'affaïssement dans lequel il était plongé, état que rien n'expliquait. Dans la poitrine on n'entendait guère que quelques râles sous-crépitaux disséminés; la peau était chaude et sèche; la langue rugueuse et fuligineuse tout à fait sèche.

Il avait eu, les jours précédents, un peu de diarrhée et une diminution notable de la sécrétion urinaire. Cependant, malgré tout, son état allait s'améliorant, la fièvre était tout à fait tombée, l'appétit revenait, quand sans cause apparente, une pneumonie se déclare le 20 février,

avec frisson intense, point de côté et crachats rouillés, qui l'emporta en deux jours et demi.

Telle est l'histoire des cinq personnes atteintes au n° 31 de la rue de Vaugirard : il importe de faire remarquer tout d'abord que toutes sont tombées malades en même temps du 1^{er} au 4 février. Sur ces cinq personnes, quatre séjournaient dans l'appartement de M M... et avaient eu un contact direct avec l'oiseau vivant ; la cinquième, le concierge de la maison, ne venait pas dans l'appartement, mais précisément c'est lui qui avait été chargé du nettoyage de la cage après la mort de l'animal. Il y a dans la maison un certain nombre de locataires : aucun d'eux n'a même été indisposé ou atteint de phénomènes ressemblant à la grippe. Chez aucun de ces malades, la maladie n'a débuté par une pneumonie franche ; chez tous il y a eu une période d'infection générale qui a précédé les accidents pulmonaires.

B. — 79, *rue Legendre*.

Deux cas..... Deux morts.

Les époux B..., exerçant la profession de quincaillers, étaient récemment mariés.

Ils avaient, dans le courant de janvier, acheté une perruche dans la rue à un marchand ambulant. L'oiseau était déjà malade au moment de son achat ; il se mettait en boule, les plumes hérissées, les ailes pendantes, et avait de la diarrhée. La perruche avait succombé au bout de quarante-huit heures.

VI. — Madame B.... tenait continuellement l'oiseau sur son doigt et lui donnait à manger dans sa bouche. Quelques jours après la mort de l'oiseau (qui avait été jeté à la boîte aux ordures), Madame B... fut prise de malaise général, d'une enflure légère de la face, d'inappétence : en raison de son mariage récent, on attribua ces phénomènes à un début de grossesse ; mais les jours suivants l'état empira. Elle eut de la diarrhée, un peu de toux légère, et pendant trois ou quatre jours on put croire à un début de fièvre typhoïde, la température allant en s'élevant progressivement. Puis la toux alla en augmentant de fréquence et d'intensité, la température oscilla aux environs de 40° et, en même temps qu'un léger point de côté, apparaissait un petit foyer de pneumonie au sommet du poumon droit. La pneumonie envahit ensuite rapidement la base du même poumon, puis le lobe supérieur et la base du poumon gauche.

Il n'y eut pas de crachats rouillés : la diarrhée persista et il y eut de l'albumine dans les urines. Quelques jours après, Mme B... succombait au milieu des phénomènes infectieux les plus graves. Cette jeune femme avait toujours été bien portante et ne présentait aucune tare tuberculeuse.

VII. — Presque en même temps que sa femme, M. B... était pris de courbature généralisée et d'une petite poussée fébrile : deux jours après le début de la pneumonie de sa femme, il était pris brusquement d'un frisson intense, d'une fièvre violente (40°) et, vingt-quatre heures après, apparaissait un point de pneumonie à la partie moyenne du poumon droit. A partir de ce moment, sur-

vient un délire continu, parfois violent, de la diarrhée et un état typhoïde des plus prononcés; la température oscille entre 39°,5 et 40°,5. La totalité du poumon droit se prit rapidement, puis le poumon gauche, et le malade succombe le septième jour après son frisson. Il n'avait aucune tare alcoolique ni tuberculeuse.

Ici encore, le début de la maladie s'est fait presque simultanément et paraît bien devoir être rattaché au contact de la perruche : la maladie de M. B... se rapproche beaucoup de la description classique de la pneumonie infectieuse, mais en raison même de la simultanéité des deux cas on ne doit pas hésiter, selon moi, à leur donner une origine commune. Quant aux phénomènes observés chez Mme B..., ils se rapprochent très nettement de ceux que j'ai constatés dans le foyer de la rue de Vaugirard.

OBSERVATIONS XII, XIII, XIV

Recueillies dans une clinique du professeur Peter à l'hôpital Necker (1892). (*In Bulletin Médical*, page 713, année 1892).

I. — Marion, négociant, qui apporta en France les perruches malades. Huit jours après son arrivée à Paris, il a deux épistaxis le même jour, puis une nouvelle épistaxis chaque jour. Il est mal en train, courbaturé, atteint de douleurs vagues (troubles nerveux), d'anorexie, de diarrhée. Bientôt apparaît une dyspnée intense avec point de côté; la face est congestionnée, hébétée; la langue est sèche, tremulente; céphalalgie intense, abattement, decubitus dorsal. La toux est opiniâtre; mais, fait remarquable, il n'y a pas d'expectoration, et en tous cas, elle n'offre

aucun des caractères des crachats pneumoniques. La soif est vive; la diarrhée, parfois involontaire, ressemble à celle de la fièvre typhoïde. Le pouls est mou, dicrote.

Aux poumons, on trouve, vers le sommet droit, de la matité, du souffle tubaire, des râles crépitants. Température : 40°,2. La rate est grosse et douloureuse.

Soudain la température redevient normale; puis, après deux jours de rémission, elle remonte à 39°, et y reste quatre jours; puis a lieu une défervescence définitive, et le malade guérit après 16 jours de maladie.

II. — Femme, qui posséda huit perruches provenant de Marion.

Tous ces volatiles furent malades et moururent au bout de trois semaines. Cette femme éprouva d'abord du malaise, une courbature intense, puis bientôt après, une violente dyspnée, et un point de côté. Pas d'expectoration. Les pommettes sont rouges, les yeux sont brillants. La malade est prostrée, dans le décubitus dorsal; phénomènes d'asphyxie et de refroidissement des extrémités. La langue est sèche, tremulente, comme dans la dothièmentérie; ventre ballonné, diarrhée, diminution et disparition du murmure vésiculaire en plusieurs points des poumons. Râles muqueux, sibilants et ronflants, souffle bronchique.

La malade a une rémission fébrile de trois jours, puis une rechute, et enfin une défervescence finale.

III. — Femme malade à la suite du contact avec des perruches infectieuses. Elle donnait à manger à celles-ci de bouche à bec; or, sa maladie a débuté par une angine. Puis, point de côté, tremulence des lèvres, abat-

tement, langue sèche, narines pulvérulentes; vomissements, diarrhée profuse et inconsciente; dyspnée intense, pas d'expectoration. A la percussion, matité; à l'auscultation, souffle tubaire, râles crépitants, bronchophonie, diminution du murmure vésiculaire. Pouls régulier, dicrote; température 39°,2, 39°,4. Insomnie, gémissements continuels. Diarrhée jaune, incontinence des matières fécales. Rate douloureuse. Céphalalgie. Ballonnement du ventre.

Vu : le Président de la thèse,
POTAIN

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

